



6345 Balboa Blvd., Suite 315
Encino, CA 91316
Teléfono las 24 horas: 818.774.3040 • Fax: 818.774.3089
www.skirballhospice.org

Elección Del Beneficio de Para Enfermedades Terminales

Yo, _____, solicito que se me admita en Skirball Hospice y elijo recibir servicios para enfermedades terminales. Acepto y comprendo lo siguiente:

El objetivo y los tratamientos del programa para enfermedades terminales son de carácter paliativo y no curativo. El programa se centra en satisfacer las necesidades espirituales y en ofrecer alivio para el estrés emocional y los síntomas como dolor y malestar físico asociados a una enfermedad o afección terminal.

Se me alienta a participar en el desarrollo y la implementación del Plan de Atención Interdisciplinaria para Enfermedades Terminales. Entiendo que Skirball Hospice no ofrece atención ni cuidadores las 24 horas del día. Comprendo que soy responsable de pagar a un cuidador para que me asista en mi lugar de residencia si no tengo un familiar u otra persona que me ayude. El cuidador podrá participar en las decisiones relacionadas con la atención que recibo. Entiendo que el Equipo Interdisciplinario para Enfermedades Terminales complementa pero no reemplaza la atención que proporciona la familia o el cuidador designado.

Acepto las condiciones de SKIRBALL HOSPICE según se describen, comprendo que tengo la opción de dejar de participar en el programa y que Skirball Hospice puede cancelar mi participación si la asistencia para enfermedades terminales deja de ser adecuada desde el punto de vista médico. Sin embargo, entiendo que si mi afección médica cambia, puedo solicitar que se me vuelva a admitir más adelante. He analizado las condiciones descritas más arriba con un miembro del personal del Skirball Hospice y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.

Por medio del presente documento, el paciente o el representante legal autorizado del paciente acepta y ofrece su consentimiento para todos los exámenes y tratamientos indicados por el médico del paciente (médico de Skirball Hospice) que sean prestados por los enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, nutricionistas registrados, trabajadores sociales, asesores espirituales, asistentes de atención en el hogar y voluntarios de la Agencia.

Skirball Hospice será responsable del costo de los medicamentos, el equipo médico duradero y los suministros relacionados con la enfermedad terminal, que hayan sido aprobados por la institución y proporcionados por uno de sus proveedores aprobados. Entiendo que si elijo medicamentos, equipos, suministros o proveedores no proporcionados o no autorizados por Skirball Hospice, seré responsable de pagar todos los cargos.

Tengo derecho a solicitarle a un farmacéutico que surta una receta usando el medicamento de marca que mi médico indica en lugar de un equivalente genérico. No obstante, a menos que presente una solicitud por escrito ante Skirball Hospice para recibir medicamentos de marca, acepto que el farmacéutico que surte mi receta seleccione el fármaco que figura en la lista de medicamentos (formulario) del centro para enfermedades terminales, que generalmente es un equivalente al medicamento de marca recetado por mi médico.

Servicios Para Enfermedades Terminales

Atención de rutina en el hogar Comprendo que los servicios para enfermedades terminales se prestan principalmente en el hogar (que, en algunos casos, puede ser un geriátrico o un centro de atención residencial) y son prestados por un equipo de profesionales en enfermedades terminales, personal de la institución y voluntarios. Estos servicios están disponibles en forma programada o según se los necesite. Entiendo que tales servicios pueden incluir, según se establece en el plan de atención para enfermedades terminales: atención de parte de enfermeros, médicos, trabajadores sociales, asesores espirituales, nutricionistas, asesores de duelo, asistentes de atención en el hogar, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, así como suministros médicos y medicamentos recetados para aliviar el dolor o las molestias.

Atención como paciente hospitalizado / Atención de descanso para el cuidador o la familia mientras el paciente está hospitalizado Entiendo que la atención como paciente hospitalizado por una enfermedad terminal y la atención de descanso para el cuidador o la familia mientras el paciente está hospitalizado se proporcionan en un entorno hospitalario cuando el equipo interdisciplinario para enfermedades terminales lo considere necesario. Entiendo que la atención como paciente hospitalizado por una enfermedad terminal está diseñada para estadías de corto plazo. Su objetivo es lograr la estabilidad física y emocional del paciente y su familia para que este pueda regresar al hogar. Comprendo que la atención de descanso para el cuidador o la familia mientras el paciente está hospitalizado tiene como fin proporcionar breves períodos de descanso para la familia o el cuidador principal mientras el paciente recibe atención de por una enfermedad terminal en un entorno hospitalario.

Atención en casos de crisis (atención continua Medicare). Entiendo que se podrá proveer atención en casos de crisis (visitas prolongadas de 8 horas de atención como mínimo en un período de 24 horas) en el hogar del paciente o en un centro cuando el equipo interdisciplinario para enfermedades terminales lo considere necesario. Esta atención prolongada es de corto plazo y se ofrece para controlar una crisis familiar o síntomas médicos agudos a fin de estabilizar la situación familiar o la salud del paciente y regresar a la atención de rutina en el hogar.

Comprendo que, en virtud del beneficio para enfermedades terminales de Medicare, tengo derecho a recibir servicios para enfermedades terminales, que consisten en 2 períodos de 90 días consecutivos y períodos subsiguientes de 60 días de duración ilimitada. Los beneficios en virtud de Medi-Cal son dos períodos de 90 días, un período de 30 días y un período de beneficio subsiguiente, con un límite de 7 meses. Al final de cada período de beneficios, el equipo interdisciplinario para enfermedades terminales evalúa la salud del paciente y vuelve a certificar la continuidad de la atención para enfermedades terminales.

Entiendo que deberé pagar el costo de la atención de mi enfermedad terminal si solicito atención que va más allá de lo que el grupo interdisciplinario para enfermedades terminales considera necesario desde el punto de vista médico y se documenta en mi plan de atención.

Comprendo que puedo revocar el beneficio para enfermedades terminales en cualquier momento. Para ello, debo firmar una declaración donde se especifique la fecha de entrada en vigor de la revocación y presentarla ante Skirball Hospice antes de dicha fecha. Al presentar esa revocación, usted renuncia a su derecho de recibir atención para enfermedades terminales durante el resto del período de elección actual.

Entiendo que en cada período de elección puedo optar por recibir servicios a través de un programa para enfermedades terminales diferente a SKIRBALL HOSPICE. Dicho cambio no se considerará una revocación de los servicios para enfermedades terminales.

Instrucciones Anticipadas

He proporcionado la siguiente información sobre instrucciones anticipadas.

- Tengo el derecho a formular instrucciones anticipadas..
- No estoy obligado a tener instrucciones anticipadas para recibir tratamiento médico de ningún proveedor.
- Se cumplirán los términos de todas las instrucciones anticipadas que he presentado y divulgado ante Skirball Hospice en la medida que lo permita la ley.

El paciente tiene instrucciones anticipadas

Nombre y dirección del agente:

Poder de representación para atención médica

Testamento en vida

POLST (Órdenes del médico sobre el tratamiento para el mantenimiento de la vida)

Verificar si se incluyó POLST con la elección de atención para enfermedades terminales

Se recibió una copia: Si No

El paciente no tiene instrucciones anticipadas.

Divulgación de los Registros del Paciente

Entiendo que es posible que SKIRBALL HOSPICE necesite obtener registros médicos e información relacionada de hospitales, geriátricos, médicos, farmacias, agencias de atención en el hogar, compañías de seguros, planes de beneficios de atención de salud u otros a fin de garantizar la continuidad de la atención y reembolsar correctamente los servicios. Autorizo a las personas e instituciones anteriormente mencionadas a que entreguen a Skirball Hospice y sus representantes mis registros médicos y toda información relacionada necesaria para la prestación de la atención para enfermedades terminales. Además, autorizo a Skirball Hospice y a sus representantes para que divulguen mis registros médicos e información relacionada a terceros a los fines de mi atención médica, administración y control de mi atención médica (incluida revisión de utilización) o para el procesamiento y obtención de pagos relacionados con los servicios y suministros que haya recibido. Entiendo y acepto que estas autorizaciones incluyen específicamente mi permiso y consentimiento para divulgar cualquier información sobre diagnóstico de SIDA o resultados de pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la medida que lo permita la ley. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Ratifico haber recibido una copia del manual de información para el paciente de SKIRBALL HOSPICE (SKIRBALL HOSPICE Patient Information Handbook), que incluye una lista completa de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso sobre Prácticas de Privacidad (Patient Rights and Responsibilities and Notice of Privacy Practices).

Acuse de Recibo

Ratifico y acepto los términos y condiciones descritas en el presente documento:

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente no puede firmar, escriba el motivo: _____

Firma del representante legal autorizado (si corresponde)

Fecha

Nombre del representante legal (en letra de molde) (si corresponde)

Dirección del representante legal (en letra de molde) (si corresponde)

Representante de Skirball Hospice

Paciente

N.º de registro médico